

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

243

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

ISAC BACALU

Né à Falticeni (Roumanie), le 30 Janvier 1904

Contribution à la Pathogénie
des
Paralysies faciales
d'origine bucco-dentaire

Président de Thèse : M. le Professeur SEBILEAU

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

ISAC BACALU

Né à Falticeni (Roumanie), le 30 Janvier 1904

Contribution à la Pathogénie

des

Paralysies faciales
d'origine bucco-dentaire

Président de Thèse : M. le Professeur SEBILEAU

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.
N.....	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.

MM.

LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphillographie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERRER....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

LEROUX Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER.	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
LAIGNEU LAVASTINE.	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLET-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS
ET DE MON FRÈRE.

A MES FRÈRES ET BELLE-SŒUR

A MA FIANCÉE

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE FRANÇAISE
DE STOMATOLOGIE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBILEAU,
Membre de l'Académie de Médecine,
Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris ;
Officier de la Légion d'honneur.

Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous tenons à remercier ici, MONSIEUR LE DOCTEUR
BERCHER, Chef du Service de Stomatologie au Val
de Grâce de l'aimable accueil qu'il nous a fait et des
précieux conseils qu'il nous a donnés pour l'élaboration
de cette thèse.

INTRODUCTION

Malgré leur rareté relative, les paralysies faciales d'origine bucco-dentaire ont déjà fait l'objet de nombreuses observations. Cette étiologie est souvent méconnue et le terme de paralysie à frigore ou rhumatismale, si fréquemment employé, couvre bien souvent notre ignorance de cette étiologie.

Aussi nous n'avons pas cru inutile d'apporter notre contribution à l'étude des causes bucco-dentaires de la paralysie faciale.

Quel avantage en tirerait le malade qui vient nous trouver, défiguré par une paralysie faciale qui, au lieu de la médication symptomatique qu'est l'électricité, pourrait bénéficier d'un traitement étiologique plus efficace !

En dehors de l'intérêt scientifique, les paralysies

faciales d'origine dentaire présentent un intérêt immédiatement pratique du point de vue médico-légal, le problème de la responsabilité du stomatologiste pouvant être posé dans le cas d'une paralysie faciale survenant après un traitement ou une avulsion dentaire.

HISTORIQUE

Depuis longtemps les ophtalmologistes ont accusé les dents d'être la cause des troubles oculaires, dont les uns se produisent par propagation directe de l'infection dentaire à l'orbite et dont les autres sont d'ordre nerveux. Ils ont observé des troubles de la motilité des muscles innervés par le facial, blépharospasme, paralysie faciale dont ils ont publié quelques observations : celle de Salter, en 1867, celle de Courtaix, en 1892.

En 1901, M. Rodier, communique à la Société de Stomatologie de Paris, l'observation d'un cas de paralysie faciale qu'il attribue à une névrite du trijumeau propagée au facial. Cette névrite serait dans ce cas due à une arthrite alvéolaire infectieuse.

M. Chompret qui admettait l'étiologie dentaire de certaines paralysies faciales publia un article dans *La Médecine Moderne*, en 1901, dans lequel il supposait que certaines paralysies seraient dues à des lésions buccale et linguale, point de départ soit d'une névrite, soit plutôt d'un réflexe.

En 1910, M. Hobaers publia dans *La Revue Belge*

de *Stomatologie*, une étude intéressante de la paralysie faciale d'origine dentaire, à l'appui de laquelle il donnait une observation personnelle que nous reproduisons ici.

En somme, peu d'auteurs ont donc insisté sur les maladies de la bouche et des dents pouvant être la cause de la paralysie périphérique.

Divers travaux ont signalé les troubles réflexes et fonctionnels provoqués par une cause dentaire agissant sur les zones d'hypéresthésie cutanée (Heard, 1894).

Bientôt, Jacquet démontre que les irritations dentaires peuvent être le point de départ de répercussions cutanées dont la plus fréquente est la pelade. Pour la défendre, M. Rousseau-Décelle présenta, en 1913, au XVII^e Congrès international de Médecine, à Londres, son rapport sur « les troubles réflexes et fonctionnels d'origine dentaire. »

M. Fromaget insiste également sur les troubles réflexes oculaires d'origine dentaire, dans son rapport présenté à la Société d'Ophtalmologie, le 12 mai 1924.

Neveu-Derotrie, dans sa thèse (1924) soutient que les érosions muqueuse et buccale sont des causes plus importantes que l'arthrite alvéolo-dentaire.

En 1926, MM. Barré et Leriche font paraître dans *La Revue de Neurologie*, un article sur la pathogénie de la paralysie faciale après la neurotomie retrograsse-rienne. Ils pensent que cette paralysie est d'ordre réflexe ayant pour cause primitive l'irritation immédiate ou postopératoire du bout central du trijumeau, irritation provoquant des modifications circulatoires par un réflexe

vaso-moteur et qui suffiraient à créer des troubles qui affectent souvent le type paralytique, mais peuvent créer le type irritatif.

Dans son rapport de 1929, M. Bertein pense que certaines paralysies à frigore sont des paralysies réflexes causées par une congestion passagère du neurone facial déclenché par un trouble trigeminé.

En 1929, M. Bercher publie dans *La Revue de Stomatologie*, deux cas de paralysie faciale d'origine dentaire accompagnés d'une interprétation pathogénique séduisante.

En 1930, M. Guebel soulève à la Société de Médecine légale le problème de la responsabilité médico-légale du stomatologiste après une avulsion dentaire. (*Annales de Médecine légale*, 1930).

Avec les observations nouvelles que nous apportons, dans lesquelles une origine dentaire peut être attribuée à la paralysie faciale, nous citerons des cas publiés antérieurement, ainsi que les différentes théories pathogéniques émises pour les expliquer ; ensuite nous examinerons le traitement de ces paralysies faciales d'origine bucco-dentaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Salter James : Affections du système nerveux dépendant des maladies des dents permanentes. *Guy's Hsp. Report*, 1867, vol. XIII. Observation reproduite par Courtaix et Hoebaers. Résumé.)

Mme B... qui souffrait souvent de sa dent de sagesse supérieure droite ressentit le 27 décembre 1864 des douleurs extrêmement vives au niveau de cette dent.

Le 5 janvier 1865 son bras droit devint presque impotent et douloureux.

Le 7 janvier apparurent les symptômes d'une paralysie faciale complète. La dent de sagesse supérieure droite avait une carie au fond de laquelle la pulpe était à découvert. L'avulsion de la dent fut pratiquée. Elle a été immédiatement suivie d'un soulagement marqué. L'impotence du bras avait entièrement disparu.

Le 23 janvier, la paralysie faciale est guérie.

OBSERVATION II

(Docteur Stocquart. *Journal de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacologie*, Bruxelles, septembre 1884. Résumé.)

Une jeune fille de 17 ans était atteinte depuis trois jours d'une paralysie faciale gauche périphérique ayant débuté subitement. L'exploration de la bouche révéla une dent de

sagesse entourée d'une gencive gonflée et douloureuse. La dent fut avulsée et la paralysie avait disparu en cinq jours.

OBSERVATION III

(Courtaix, *Thèse de Paris*, 1892.)

Louis B... est venu en janvier 1887, à la Clinique des Quinze-Vingts pour une paralysie faciale droite. Pendant trois mois il est traité par des révulsifs, le bromure de potassium, mais sans aucun résultat.

16 avril. — Le traitement des deux prémolaires supérieures droites dont la pulpe est à nu, par des pansements habituels amène la guérison complète en dix jours.

OBSERVATION IV

(Docteur Rodier. *Revue de Stomatologie*, mars 1901. Résumé.)

Marie Gérard, femme de chambre, 23 ans, se présente à la consultation de la bouche de l'hôpital Lariboisière, le 23 novembre 1900. Elle est atteinte d'une paralysie faciale périphérique complète gauche, ayant débuté le matin du 16 novembre. Elle souffrait depuis la veille de sa première grosse molaire inférieure gauche. Mme G... ne présente aucune tare névropathique. Il n'y a rien d'important à signaler dans ses antécédents héréditaires.

A l'examen, sa dent présente une carie pénétrante avec gangrène pulpaire. L'auteur conclut à ce diagnostic : « Propagation à la VII^e paire d'une névrite de la V^e, due à une poussée au cours d'une arthrite chronique alvéolo-dentaire infectieuse. »

On fait l'avulsion et, quatre jours après, la malade est améliorée. Le soir et le lendemain de l'extraction la malade a eu une légère poussée fluxionnaire au niveau de la joue. Le 3 décembre (huitième jour), la malade est guérie, la sensibilité persiste dans le côté gauche de la face. Le 21 février tout est disparu.

OBSERVATION V

(de M. Rodier, citée dans la thèse de Neveu-Derotrie)

En 1898, Mlle G..., âgée de dix-huit ans, fut prise brusquement d'une paralysie faciale droite. A ce moment elle éprouvait une gêne à la mastication au niveau de la première grosse molaire inférieure droite profondément cariée. La malade fut traitée par l'électricité pendant trois semaines, après quoi elle fut considérée comme guérie.

Le 5 octobre 1909, à la suite d'une promenade, Mlle G... est prise de douleurs dans l'oreille droite. Elle se plaint de sa dent ; la mastication reste possible. Il s'agit d'une pulpite sans propagation infectieuse extra-alvéolaire.

Quatre jours après la promenade, Mlle G... présenta tous les signes classiques d'une paralysie faciale périphérique droite. Elle fut traitée par l'électricité. Le 28 décembre la malade guérie de sa paralysie faciale, est venue trouver M. Rodier, se plaignant de douleurs analogues à celles ressenties dans les premiers jours d'octobre. On pratiqua l'avulsion de la première petite molaire inférieure et, dès le lendemain, les derniers vestiges de la paralysie faciale avaient complètement disparu.

OBSERVATION VI

(Docteur Hoebaers. *Revue trimestrielle belge de Stomatologie*, septembre 1910.)

Un jeune homme âgé de vingt-six ans, n'ayant pas d'antécédents héréditaires ni personnels, se présente à ma clinique, souffrant de la deuxième grosse molaire inférieure gauche. Cette dent a une carie trituro vestibulaire. La pulpe est à nu. On a affaire à une carie compliquée de pulpite légère. J'applique un pansement à l'acide arsenieux pour dévitaliser la pulpe. Le malade est revenu le lundi, j'enlève le pansement, et je le renvoie à trois jours avec une obturation à la gutta. Il revient dès le lendemain

mardi, avec une paralysie faciale totale. Le docteur Laruelle diagnostique une paralysie faciale à frigore. On avait décidé que le malade suivra un traitement électrique. Mais voilà que le lendemain jeudi, le malade au lieu de prendre le chemin de la salle d'électrothérapie, vient me prier d'avulser sa dent. L'extraction est faite ; le lendemain la paralysie a notablement diminué et, huit jours après, il n'existe plus trace de paralysie.

OBSERVATION VII

(du Docteur Neveu-Derotrie, Thèse, 1924)

M. G..., âgé de vingt-six ans vient consulter le 20 février 1923 pour une paralysie faciale gauche ayant débuté le 15 février.

A l'interrogatoire le malade nous apprend qu'il éprouve dans sa deuxième prémolaire supérieure gauche, des douleurs légères, intermittentes, avec sensibilité au chaud et au froid.

Il n'y a pas de douleurs de pulpite aiguë, cependant il éprouve des douleurs névralgiques s'irradiant dans l'oreille. La prémolaire douloureuse présente une cavité qui s'étend jusqu'au voisinage de la pulpe. Il s'agit donc d'une dentinite profonde avec pulpite subaiguë.

On fait l'extraction de la dent et la paralysie avait disparu en huit jours.

OBSERVATION VIII

(de M. Bercher, *Revue Stomatologie*, 1929)

Mme D..., âgée de 42 ans, vient à la consultation de la policlinique dentaire de Strasbourg, le 15 février 1928. A l'examen elle présente une paralysie faciale gauche totale périphérique. Cette paralysie est survenue dans les conditions suivantes :

Le soir de Noël 1927, elle se fait une fracture partielle de

la dent de sagesse inférieure gauche. Il se produit une érosion de la muqueuse accompagnée d'un œdème qui se généralise à tout l'hémiface gauche. La douleur s'irradie vers la région péri-auriculaire gauche. Il y a une légère adenopathie en avant de l'oreille.

Le 4 janvier la malade se réveille avec la paralysie de son hémiface gauche. En ce moment elle va consulter un dentiste qui pratique l'extraction de la dent. Mais la paralysie faciale ne fut pas modifiée. C'est seulement, six semaines après l'accident que nous la vîmes.

On applique un traitement électrothérapique pendant six mois ; la paralysie s'améliore très lentement.

OBSERVATION IX

(M. Bercher : *Revue de Stomatologie* 1929)

Il s'agit d'un jeune soldat, C..., âgé de 21 ans. Il se présente au service de Stomatologie du Val de Grâce le 7 mai 1929, où l'on pratique l'avulsion des premières et deuxième prémolaires gauches ; le soir, à 6 heures, en montant la garde, il éprouve brusquement une certaine gêne de la parole et il n'arrive plus à fermer son œil gauche.

Le malade revient dans le service le 14 mai 1929. A l'examen on constate tous les signes classiques de la paralysie faciale périphérique.

L'examen des dents montre plusieurs racines et carie avec pulpe nécrosée à droite. Du côté gauche la dent de six ans inférieure est atteinte de gangrène pulpaire et la dent de sagesse évolue normalement d'ailleurs.

La plaie d'extraction est douloureuse.

L'examen radiographique du rebord alvéolaire supérieur gauche révèle un peu d'alvéolite de la région des prémolaires.

La radiographie du sinus maxillaire dénote un voile

accusé du sinus maxillaire gauche, avec flou du contour interne.

Le 5 juin, le malade peut exécuter un léger mouvement de la commissure labiale gauche. Le 13 juin, le malade arrive à siffler. L'amélioration continue et, en septembre, il est presque guéri après avoir subi un traitement électrothérapique de quelques mois.

OBSERVATION X

(du Docteur Hérisan : *Miscarea Medicala*)

(Revue roumaine 1930)

Le 19 septembre 1929, Mlle B..., âgée de 16 ans, vient me consulter pour une paralysie faciale gauche et demander un certificat médical, afin de porter plainte contre le stomatologiste qui la traitait. La malade souffrait de sa deuxième prémolaire gauche. Le 17 septembre, le stomatologiste pratiqua l'extraction de cette dent et, vers 4 heures de l'après-midi, la malade fit une paralysie faciale. Le 28 septembre la malade subit un traitement électrique et la paralysie s'améliore.

OBSERVATION XI

(Personnelle)

Le 10 mai 1930, P. A..., garde républicaine, vient consulter au Val de Grâce pour une paralysie faciale gauche. Quelques jours après le malade avait des douleurs dentaires. Les recherches de l'étiologie générale sont négatives.

L'examen de la bouche révèle au maxillaire inférieur trois foyers infectieux sans fistules. Le 20 mai on pratique l'extraction et on fait le curetage des foyers. Le 27 mai le malade revient dans le service et on constate une très nette amélioration ; l'œil se ferme complètement. Le 2 juin, la paralysie faciale avait complètement disparu.

OBSERVATION XII

(due à l'obligeance du Docteur Châtellier)

Le 12 novembre 1930, rentrant de faire une course pendant laquelle j'ai eu nettement froid, je m'aperçus en m'asseoyant dans un fauteuil, bien au chaud, qu'une larme coule le long de la joue gauche. Je remarque immédiatement qu'il m'était impossible de fermer la paupière gauche, de remonter mon sourcil gauche, ni de siffler ou de gonfler mes joues.

Voici le détail de l'examen pratiqué.

Au repos : on ne remarque rien.

En contraction : au niveau du facial supérieur, signe de Charles Bell négatif, signe de Revillot positif, signe de Dupuy-Dutemps positif.

En plus il y avait impossibilité de remonter le sourcil gauche.

Au niveau du facial inférieur :

Signe du buccinateur : incomplet ;

1° Bouche ouverte : bouche déviée du côté sain, ovulaire du côté sain ;

2° Bouche fermée : impossibilité de gonfler les joues, ni de siffler ;

3° Cependant possibilité encore partiellement conservée de déplacer à volonté la commissure gauche vers la gauche.

Signes du paucier : incomplets.

La contraction existe, mais faible.

II. — Troubles réflexes : aucun.

III. — Troubles sensitifs, sensoriels, vaso-moteurs et trophiques : aucun.

Comme trouble sécrétoire, seulement de l'épiphora à gauche.

Quatre heures après le début de cette parésie un traitement galvanique fut pratiqué et continué jusqu'à la fin complète des lésions, c'est-à-dire douze jours. Chaque

application provoqua une douleur névralgique très nette au niveau du g⁴. Cette dent fut examinée quatre jours après le début de l'affection et comme il subsistait dans le quart apéxien de la racine des vestiges de pulpe encore vivante, une pulpectomie totale fut pratiquée. A la suite de cette intervention, le courant galvanique fut désormais totalement indolore. L'étiologie de cette parésie fut recherchée, et dans les antécédents on ne relève aucune trace de traumatisme ni de lésion tumorale ni d'otite moyenne, cliniquement, pas de syphilis. Le Wasserman et le Hecht dans le sang ont été totalement négatifs. Pas de toxoinfection, seule quelques manifestations arthritiques légères existent. D'autre part, autrefois des fièvres paludéennes se sont manifestées jusqu'en 1923, mais depuis cette date, ont complètement disparu.

Enfin, fait très important, depuis un an, les deux prémolaires inférieures gauches incomplètement traitées étaient douloureuses, g⁵ présentait un coiffage de la pulpe sous eugénate et g⁴ un canal et une chambre pulpaire obturés sous un ciment provisoire. Les douleurs étaient plutôt à type de pulpite subaiguë naturellement rapportées à g⁵ ; il existait encore de vagues douleurs d'arthrite attribuées à g⁴. Ces interprétations étaient fausses ; toutes ces douleurs étaient dues uniquement à la première prémolaire, car le traitement de cette seule dent encore partiellement vivante a fait disparaître tous les phénomènes douloureux et parésiques.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Si en clinique il est peu d'affections où le diagnostic puisse être posé aussi aisément que pour une paralysie faciale, en revanche le clinicien est souvent embarrassé quand il lui faut en donner une explication pathogénique valable.

Les observations de paralysies faciales d'origine dentaire publiées jusqu'à ce jour ne sont pas trop nombreuses et certaines incomplètes pour qu'on puisse en tirer des conclusions définitives. Cependant la coïncidence du début des accidents paralytiques avec l'apparition de troubles dentaires, leur guérison après le traitement de ceux-ci nous semble dans certains cas tout à fait dignes d'intérêt.

Dans les observations citées nous avons affaire tantôt à des irritations de la pulpe, à de l'arthrite alvéolo-dentaire, à des foyers infectieux périapexiens et des irritations de la muqueuse gingivale et buccale dues à l'évolution pathologique d'une dent de sagesse, tantôt à une paralysie survenue après une avulsion dentaire.

Ces lésions dentaires agissent sur le nerf facial en le rendant particulièrement vulnérable,

Il est certain que chez certains sujets, dans certaines conditions et grâce à certaines prédispositions locales, ces troubles atteignent les uns et épargnent les autres.

Fromaget admet que cette action prédisposante d'une irritation d'origine dentaire intervient fréquemment dans l'étiologie des affections oculaires.

Si l'œil et les territoires cutanés et muqueux sont ainsi influencés par des réflexes d'origine dentaire, à fortiori le nerf facial qui est en relation étroite avec le trijumeau soit lui aussi atteint.

Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer la pathogénie des paralysies faciales d'origine dentaire.

I. Propagation au facial d'une névrite du trijumeau.

C'est l'hypothèse de Rodier, et on est tenté de l'accepter, malgré l'absence des points de Valleix, que quelques-uns considèrent comme le critérium de la névrite. La douleur, le gonflement et les phénomènes infectieux buccaux sont en faveur de cette hypothèse. C'est l'hypothèse la plus vraisemblable pour les cas de paralysie faciale survenant après la névralgie du trijumeau.

« Il n'est pas douteux, dit M. Rodier, que des cas de paralysie faciale ont été observés après des accès de zona, lequel est le stigmate d'une névrite. »

M. Rodier cite à l'appui de sa thèse l'opinion du professeur Raymond qui, dans ses cliniques de 1896, disait que « bon nombre de paralysies faciales dites à frigore, sinon toutes, sont probablement dues à des névrites infectieuses, dont l'agent provocateur serait

l'un des nombreux micro-organismes qui en tout temps, pullulent dans les cavités du nez, de la bouche et du pharynx. »

Il se produirait une véritable névrite ascendante, l'inflammation d'un nerf dentaire quelconque se propagerait de proche en proche et atteindrait le facial par des rameaux anastomotiques qui l'unissent au nerf trijumeau. Ces anastomoses sont nombreuses. Le nerf dentaire inférieur s'anastome.

1° Avec le nerf auriculo-temporal, branche du maxillaire inférieur qui envoie lui-même un ou deux filets anastomotiques au nerf temporo-facial ;

2° Avec le nerf lingual, branche du maxillaire inférieur qui s'anastomose avec la corde du tympan ;

3° Avec les fibrilles motrices qui innervent les muscles de la joue ;

4° Avec les fibrilles motrices qui innervent les muscles du menton, par l'intermédiaire des terminaisons du nerf mentonnier et des fibrilles émanant du nerf incisif ;

5° Avec le nerf petit pétreux superficiel par l'intermédiaire du nerf maxillaire inférieur et du ganglion otique.

Les nerfs dentaires supérieurs, antérieurs et postérieurs s'anastomosent avec le facial :

a) par le grand nerf pétreux superficiel, qui aboutit au ganglion sphéno-palatin ;

b) par des filets nerveux qui traversent la paroi alvéolaire et s'anastomosent en plein muscles de la joue avec les fibres du facial, destinés à ces muscles ;

c) par l'intermédiaire des ramifications terminales du nerf sous-orbitaire.

La constatation nécroscopique de ces lésions (encore qu'elle ait été faite sur des paralysies faciales dont l'origine n'était sans doute pas dentaire) est intéressante, ce qui semble confirmer cette première hypothèse de névrite infectieuse.

II. — La deuxième explication est celle d'une paralysie faciale réflexe.

La face est le segment de l'organisme où les phénomènes réflexes offrent le maximum de fréquence et de variété en raison du caractère particulier du trijumeau. « le nerf le plus réflexogène (Boutry). »

Le nerf facial et trijumeau sont jumelés dans la physiologie faciale et il n'est pas d'irritation si minime soit-elle du nerf sensitif qui n'ait son expression motrice réflexe (Bertein).

Quelques faits ont permis de saisir sur le vif, lors de l'excitation de ses terminaisons dentaires, cette action réflexogène.

Pont, explorant un canal dentaire avec un équerisoir très fin, déterminait une violente douleur en l'enfonçant trop profondément. La malade ne voit plus. Il constate alors une mydriase qui disparaît avec le trouble visuel, après l'extraction de la racine (*Clinique Ophthalmologique*, 1913).

Saffe cite le cas d'un individu ayant une molaire supérieure « cariée » qui produisait des troubles de l'œil du même côté que cette dernière, toutes les fois qu'une parcelle alimentaire entraînait dans sa cavité. L'amaurose

cessait dès qu'il avait nettoyé cette cavité. (*Lancette Française* de 1839, page 94).

Dans le cas de Craig, la paralysie faciale était due à la formation du bouchon de cerumen. Cette paralysie céda immédiatement après l'enlèvement du cerumen.

« C'est là, conclut Hoebaers un bel exemple de paralysie faciale réflexe. L'excitation périphérique partait ici du conduit auditif externe, qui doit sa sensibilité à l'auriculo-temporal, à la branche auriculaire du plexus cervical et au pneumogastrique.

« Nous pouvons en inférer par analogie qu'une excitation du trijumeau pourra donner lieu aux mêmes phénomènes. »

Les troubles réflexes d'origine dentaire ont été décrits par les ophtalmologistes.

Herman Schmidt constate assez souvent de la paralysie de l'accommodation au cours des odontalgies.

M. Neveu-Derotrie dans sa thèse soutient que les paralysies faciales seraient causées par un réflexe inhibiteur du trijumeau sur le facial.

Cette hypothèse a été défendue en 1901 par Chompret et elle est admise par la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question (Vulpian, Salter, Courtaux, Chompret, Rodier, Hoebaers, Rousseau-Decelle, Fromaget, etc.)

M. Neveu-Derotrie dans sa thèse dit que la paralysie qui guérit complètement en un temps très court après l'intervention ne serait qu'une paralysie réflexe, car s'il y avait eu névrite du facial la guérison si rapide s'expliquerait difficilement. »

II. — Une troisième hypothèse serait le gonflement inflammatoire du névrilème du facial (hypothèse de Bérard) engendrant un étranglement du nerf dans sa portion intra-pétreuse.

En dehors de l'inflammation, la vaso-dilatation réflexe des vaisseaux du névrilème pourrait amener la compression du facial dans le canal de Fallope et par suite, la paralysie. Cette paralysie serait encore due aux troubles de la nutrition du facial par vaso-congestion ou anémie locale. Tout ceci s'explique par un réflexe odonto-sympathique, selon l'expression de Hoebaers.

L'observation de M. Bercher va nous illustrer cette hypothèse. Chez son malade on procède un matin à l'extraction et, l'après-midi, à 6 heures, la paralysie faciale apparaît subitement et sans douleur ; elle est totale d'emblée.

Nous n'avons pu trouver dans la littérature que deux paralysies faciales qui soient apparues dans des conditions identiques.

M. Tinel a relaté à la Société de Neurologie une observation où des paralysies réflexes passagères du moteur oculaire commun accompagnaient les crises paroxystiques d'une névralgie faciale consécutive à une extraction.

M. Barré et Leriche, dans *La Revue de Neurologie* de 1926 insistent sur ces troubles réflexes engendrant une paralysie faciale. Un réflexe vaso-moteur modifierait la circulation sanguine et suffirait à créer des troubles quelque peu durables qui affectent souvent le type paralytique, mais peuvent créer le type irritatif.

A l'appui de cette conception il y a de nombreux faits. On peut citer les faits de névralgies extensives se manifestant parfois par des troubles paralytiques et qui sont consécutives à de minimes irritations locales périphériques. M. Barré a publié une série, en 1922 (*Paris Médical*, octobre.)

Leriche et Tinel pensent qu'à côté des lésions organiques des centres nerveux il existe « tout un monde de troubles dynamiques, de réflexes excitateurs ou inhibiteurs de spasmes vasculaires ischémiques ou de réactions congestives, provoquées à distance par des excitations périphériques. »

Charcot qui découvrit la paralysie faciale hystérique admettait parmi les causes de la paralysie faciale organique périphérique l'émotion, au même titre que le traumatisme, le froid ou les infections.

Cette émotion agirait par spasme artériel.

Dans les observations publiées la relation entre l'avulsion dentaire et la paralysie est indubitable ; le temps écoulé entre l'extraction et l'apparition de la paralysie n'étant que de quelques heures.

L'intégrité sensitive de la zone de Ramsay Hunt ; l'absence du syndrome géniculé, soit pur de Souques, soit incomplet de Worms et de Lavergne, éliminent l'étiologie zostérienne.

Nous ne croyons pas davantage à l'influence de l'anesthésie. Les paralysies survenues au cours de l'anesthésie sont immédiates et très fugaces (Observation de Romey et Chauby, et Karl Zilkens.)

L'hypothèse d'un trouble réflexe paraît plus sédui-

sante. Quant à préciser le lieu du réflexe, c'est-à-dire l'articulation entre le neurone centripète et centrifuge, est très difficile.

Depuis que Chompret a soupçonné le rôle du grand sympathique et que Hoebaers a créé l'expression de « réflexe odonto-sympathique », depuis les travaux de Leriche et le rapport de Bertein, on admet en dehors des réflexes trigemino-faciaux, que l'arc réflexe dont l'aboutissement est l'hémiplégie faciale n'a pas toujours son centre d'articulation dans les centres mesocéphaliques.

Telle est l'intrication dit Bertein, des fibres trigemino sympathiques et du facial à la surface du tégument et d'accord avec les idées récentes, sur l'existence des réflexes locaux, on pourrait admettre que le mécanisme réflexe pathologique se déclenche dans les plans superficiels de la face.

A la lumière des travaux de Leriche et Tinel, dans l'interprétation physio-pathologique qu'il donne de la paralysie faciale d'origine dentaire, M. Bercher admet qu'elle serait due à une irritation du sympathique.

Un tramautisme tel que l'extraction de la dent suffit pour déterminer un trouble dans le territoire de la carotide extrême où les anastomoses du sympathique périvasculaires doivent être très nombreuses.

Romey, pour expliquer un cas personnel de paralysie faciale, invoque des connexions du nerf V avec le ganglion sphéno-palatin qui, par l'intermédiaire du plexus carotidien sympathique pourrait amener une

vaso-constriction des vaisseaux du nerf VII et, par conséquent, un trouble de la physiologie de ce nerf.

Il nous paraît donc vraisemblable que l'avulsion des dents a pu avoir une répercussion sur le réseau carotidien externe par une crise vasculaire se manifestant sur les vasa-nervorum, dans le territoire du facial.

Cette hypothèse d'un trouble vasculaire sympathique est expliquée par l'apparition brusque de la paralysie.

1) par l'absence de douleur spontanée avant ou pendant l'installation et la durée de la paralysie ;

2) par des troubles de la sécrétion salivaire sans aucun degré d'altération du goût rappelant l'hyper-sialorrhée post-avulsionnaire mise par Pierre sur le compte d'un trouble sympathique, beaucoup plus vraisemblable que le trouble par l'atteinte de la corde du tympan ;

3) et par le voile du sinus maxillaire que décèle la radiographie qui doit être due à cette hypervascularisation réflexe.

Ainsi, comme a dit M. Bercher, la crise des vaisseaux nourriciers du facial nous paraît être le point de départ de la paralysie apparue quelques heures après le traumatisme irritatif alvéolaire.

La lenteur de l'amélioration de la paralysie est due à la prolongation des troubles vasculaires, qui a altéré le facial.

Quant à ces troubles circulatoires ils peuvent être dus soit à une vaso-dilatation ayant amené une compression du nerf dans le canal de Fallope (Tymbée,

Politzer, Gellée; etc.), soit à une vaso-constriction entraînant une anémie du nerf.

Le résultat est le même : l'altération organique du facial.

En somme, nous voyons que les paralysies faciales périphériques d'origine dentaire peuvent être expliquées par trois hypothèses.

Et, si nos préférences vont à la troisième, suivant laquelle ces paralysies seraient provoquées par des troubles vasculaires sympathiques dans le territoire du facial, il est vraisemblable que certaines paralysies ressortissent à l'infection ou à un trouble réflexe trigémino-facial. Rien ne nous permet actuellement d'éliminer pour tous les cas l'une ou l'autre de ces hypothèses.

Une conséquence pratique de cette conception pathogénique de certaines paralysies faciales est qu'elles sont bénignes.

La crise vasculaire qui les engendre apparaît et se résout rapidement. De là découle le traitement étiologique.

Chez un malade atteint de paralysie faciale d'origine inconnue, il faudra faire un examen soigneux de la bouche et des dents complété par une radiographie dont on ne peut pas se passer quelquefois pour révéler certains foyers infectieux périapexiens.

L'extraction de la dent incriminée et le curetage de son alvéole — si celle-ci est infectée — est la thérapeutique qui doit s'en suivre.

Quelque soit la thérapeutique qu'on va instituer (l'extraction ou soins conservateurs de la dent), il faudra qu'elle soit précoce, afin d'éviter l'installation de lésions profondes de dégénérescences du nerf facial qui empêchera d'obtenir la guérison parfaite.

Remarques d'ordre pratique. — Même si l'on n'accorde à ces interprétations pathogéniques que la valeur d'une hypothèse, elles soulèvent un problème pratique intéressant. En effet, l'incident d'une paralysie faciale survenant après une avulsion pose la question médico-légale de la responsabilité de l'opérateur. Mais, de même que l'on ne peut tenir rigueur au chirurgien de la mort d'un patient, survenant par réflexe, au moment d'une dilatation de l'anus, ou encore au moment du passage d'une aiguille à travers la plèvre, de même on ne saurait rendre responsable de la paralysie faciale le stomatologiste ayant procédé correctement à une avulsion dentaire. Dans l'état actuel de nos connaissances, la crise vasculaire est imprévisible (Bercher).

D'ailleurs cette question a été soulevée par M. Goebel à la Société de Médecine légale.

CONCLUSIONS

I. — Les paralysies faciales d'origine dentaire sont peut-être moins exceptionnelles qu'on ne le croit habituellement et un certain nombre de paralysies portées au compte du froid ou du rhumatisme peuvent se rattacher à une étiologie bucco-dentaire.

II. — Les lésions dentaires agissent sur le facial :

1° Soit en provoquant une névrite infectieuse du trijumeau qui se propage au facial par les anastomoses qui unissent les deux nerfs ;

2° Soit en provoquant un réflexe inhibiteur par action du trijumeau sur le facial ;

3° Soit en provoquant par réflexe odonto-sympathique des troubles périvasculaires qui, se répercutant sur les vaso-nervorum du facial, modifieraient sa nutrition et donc sa physiologie, ou ils amèneraient par suite d'une vaso-congestion réflexe du névrilème, sa compression dans le canal de Fallope.

4° Même si l'on n'accorde à ces interprétations pathogéniques, que la valeur d'hypothèses elles soulèvent un problème pratique intéressant.

L'incident d'une paralysie faciale survenant après une avulsion pose la question médico-légale de la responsabilité de l'opérateur.

Dans l'état actuel de nos connaissances, ce phénomène est imprévisible.

IV. — Les paralysies faciales de nature infectieuse ont une gravité certainement plus grande que celles relevant d'un trouble réflexe.

V. — Lorsque l'origine d'une paralysie faciale n'apparaît pas d'une manière manifeste et qu'on aura tendance à la rapporter au froid, on devra procéder à un examen minutieux de la bouche et des dents.

Dès que l'étiologie dentaire peut être suspectée, le traitement dentaire pourra être institué avant toute autre thérapeutique.

Vu : *Le Doyen*,
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse*,
SEBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BARR J. — Case of rébex. facial paralysis, Liverpool, *M. Chir. J.*, 1890, x, p. 488.
- BERCHER et HOUPERT. — Deux cas de paralysie faciale d'origine dentaire (*Revue de Stomatologie*, déc. 1929).
- BERTEIN P. — Les aspects de la paralysie faciale en otologie. La paralysie réflexe à frigore (*L'oto-rhino-laryngologie Internationale*, t. xii, n° 1, janvier 1928).
- BAUDRY S. M. — Contribution à l'étude des affections de l'appareil visuel d'origine dentaire. *Concours Médical*, nov. 1921, p. 3142.
- CHOMPRET. — Paralysie faciale d'origine buccale. *Médecine Moderne*, juin 1901, p. 204.
- COURTAIX. — *Recherches cliniques sur les relations pathologiques entre l'œil et les dents*. Thèse, Paris, 1892.
- DAUPHIN. — *Les causes d'ordre générales dans l'étiologie de la paralysie faciale périphérique*. Thèse, Paris, 1898.
- DESPAIGNE. — *Etude de la paralysie faciale périphérique*, 1898.
- DÉJERINE et THÉOHARI. — Un cas de paralysie faciale périphérique dite rhumatismale ou à frigore, suivi d'autopsie. *Société de Biologie*, 4 déc. 1897.
- ELY. — *The Medical record*, 1892, t. xxi, p. 258.
- FREY et RUPPE. — *Paralysies faciales d'origine dentaire dans pathologie de la bouche et des dents*, Paris, 1922, p. 411.

- FROMAGET. — *Troubles oculaires d'origine dentaire* (Rapport à la Société Française d'Ophtalmologie, 12 mai 1924.
- GAILLARD et NOGUÉ. — *Traité de Stomatologie*.
- GALLIAU. — *Hygiène et prophylaxie bucco-dentaire*. Thèse, Paris, 1924.
- GIRES (P.). — Paralyse faciale d'origine dentaire. *Journal de Praticiens*, 1901, p. 361.
- GOEBEL. — *Annales de Médecine légale*, 1930, avril (Responsabilité du stomatologiste dans les paralysies faciales d'origine dentaire).
- HOEBAERS (M.) — La paralysie faciale d'origine dentaire. *Revue Belge de Stomatologie*, sept. 1910, p. 372.
- JACQUET et CRAMER. — *Essai sur les réactions organiques d'origine gingivo-dentaire*, premier congrès de Stomatologie. Paris, 1907. Comptes rendus du congrès, p. 67.
- JACQUET (L.) — Paralysie douloureuse du facial avec herpès-tortor de l'oreille. *Bul. et Mém. Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 1898, 3 s., xv, p. 405.
- LERICHE et BARRÉ. — Sur la pathogénie de la paralysie faciale consécutive à certaines sections du trijumeau. *Revue de Neurologie*, 1926, p. 1254.
- LERICHE et FONTAINE. — Le rôle des centres vaso-moteurs périphériques. *Lyon Chirurgical*, xxvii, n° 3.
- MARIE et MARINESCO. — Séance du 22 février 1895. *Société Médicale des Hôpitaux*.
- MINKOWSKI. — Communication au xvi^e congrès des Neurologistes allemands de Baden-Baden, en 1891. *Archiv. für Psychiatrie*, 1892, t. xii.
- MIRALLIÉ. — Paralysie faciale périphérique, autopsie. *Société de Neurologie*, 5 juillet 1906.
- J. NEVEU-DEROTRIE. — *Thèse de Paris*, 1924.
- PIERRE J.-P. — Les troubles de la sensibilité dans les paralysie du nerf facial. *La Presse Médicale*, 7 juin 1922.
- PONS. — *Clinique Ophtalmologique*, 1913, p. 695.
- J. PUIG et BERCHER J. — Accidents orbitaires réflexes et

- leur interprétation. *Revue de Stomatologie*, t. XXIX, n° 3, mars, 1927.
- RAMSAY-HUNT (J.) — *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 1909 ; *Arch. of int. med.*, 1910.
- RAYMOND. — La paralysie faciale d'origine dentaire. *Revue de Stomatologie*, mars, 1901, p. 113.
- ROUSSEAU-DECELLE. — Les troubles réflexes et fonctionnels d'origine dentaire. *Restauration maxillo-faciale*, 1919, p. 413.
- ROMEY et CHAUDY. — Un cas de paralysie faciale après anesthésie à l'épine de Spix. *Province Dentaire*, 1929.
- SALTER (James). — *Guy's Hosp. Reports*, 1867, vol. XIII.
- SOTTAS (Père). — Paralysie faciale consécutive à l'avulsion d'une dent. *Bull. de Soc. Méd. du dép. de la Seine*, Paris, 1898. I. n° 1, 20-22.
- SOUQUES. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, 30 janvier 1920, p. 646.
- STOCQUART. — *Journal de Médecine, de Chir. et de Pharmacol. de Bruxelles*, sept. 1884.
- TINEL. — Paralysies réflexes passagères du moteur oculaire externe commun, accompagnant les crises paroxystiques d'une névralgie faciale. *Revue de Neurologie*, 1925, t. II.
- WORMS et de LAVERGNE. — Zona et paralysie faciale. Du syndrome géniculé à paralysie dite à frigore. *Paris Médical*, 10 juin 1922, p. 481.
-

